UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 70

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PERFORATIONS DE LA PLÈVRE PARIÉTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

JACQUES DEVALS

Membres du Jury	MM. MOREL	*Président*
	ANDRIEU, DAMBRIN P., Mme ENJALBERT	*Assesseurs*
	DIEULAFÉ	*Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU COMMERCE
10, rue Croix-Baragnon
—
1951

Jacques DEVALS

Contribution à l'étude des Perforations de la Plèvre pariétale.

Toulouse, Imprimerie du Commerce 1951, in-8, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951.
N° 71.

Jacques DEVALS

Contribution à l'étude des Perforations de la Plèvre pariétale.

Toulouse, Imprimerie du Commerce 1951, in-8, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951.
N° 71.

Jacques DEVALS

Contribution à l'étude des Perforations de la Plèvre pariétale.

Toulouse, Imprimerie du Commerce 1951, in-8, 48 pages.

Thèse Médecine, Toulouse 1951.
N° 71.

Contribution à l'étude

des

Perforations de la Plèvre pariétale

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 71

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PERFORATIONS DE LA PLÈVRE PARIÉTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1951

PAR

JACQUES DEVALS

Membres du Jury	MM. MOREL	*Président*	
	ANDRIEU	*Assesseurs*	
	DAMBRIN P.		
	Mme ENJALBERT		
	DIEULAFÉ	*Suppléant*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU COMMERCE
10, rue Croix-Baragnon
—
1951

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	LEFEBVRE.
ASSESSEUR		BRUSTIER.
Doyens honoraires		GORSE, CALVET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL.	MM. MÉRIEL.	MM. GARIPUY.
LAFFORGUE.	CLERMONT.	RIBAUT.
	SERR.	VALLOIS.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER.
Clinique médicale		TAPIE, ROQUES.
Clinique obstétricale		GUILHEM.
Physiosologie		SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING.
Physique biologique et médicale		BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NANTA.
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologie		LEFEBVRE.
Anatomie		LAZORTHES.
Histoire naturelle		DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL (R.).
Pharmacie		CAUJOLLE.
Pathologie interne et Clinique des Maladies de la Tuberculose		MOREL.
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE.
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.).
Matière médicale		VINCENT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MÉRIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J.).
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET.
Clinique ophtalmologique		CALMETTES.
Chimie biologique		VALDIGUIÉ (P.).
Médecine légale et du Travail		PLANQUES.
Histologie et Embryologie		BROUSSY.
Médecine Sociale		BOUNHOURE
Thérapeutique		GADRAT.
Pathologie Chirurgicale		GRIMOUD.
Stomatologie		CADENAT.
Professeur à titre personnel		BAISSET.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM.	COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM.	POULHÈS.
Histologie		BIMES.
Sciences naturelles		BOUISSET
Pharmacie		COUTURIER.
Botanique	Mme	DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme	ENJALBERT.
Chimie Biologique	MM.	POLONOVSKI.
Physique médicale		AUVERGNAT.
Chimie générale pharmaceutique		BLANC.

AGRÉGÉS

Médecine	MM.	DARNAUD.
		GÉRAUD.
		DARDENNE.
		LAPORTE (J.)
		BAUDOT.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Physique médicale		MARQUÈS.
Obstétrique		PONTONNIE.
Chirurgie		RIEUNAU.
		DIEULAFÉ.
		DAMBRIN (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		CLAUX.
Urologie		LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GUILHEM.
Chimie biologique		DOUSTE-BLAZY
Chimie pathologique		VALDIGUIÉ (P.)
Chimie minérale		BLANC.
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT.
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX.
Législation pharmaceutique.		BOUISSET.
Tuberculose		MOREL.
Chirurgie pulmonaire		DAMBRIN (P.).
Parasitologie		BAUDOT.
Cryptogamie	MM.	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC.
Hydrologie et géologie		ASTRE.
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS.
Pharmacodynamie (Méd.)		BAISSET.
Pharmacodynamie (Pharm.).		CAUJOLLE.
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE.
Ophtalmologie		DÉODATI.
Neuro-chirurgie		LAZORTHES.
Mycologie		MORQUER.
Physiologie		COLOMBIES.
Psychiatrie		GAYRAL.
Urologie		LHEZ.
Histologie		PLANEL.

Secrétaire de la Faculté ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE

A MA FEMME

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA GRAND-MERE

A MES FRERES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie interne et de Clinique des Maladies de la Tuberculose
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a toujours réservé le meilleur accueil dans son service et nous a fait le grand honneur de nous inspirer ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur ANDRIEU

Professeur de Bactériologie,
Hygiène et Médecine Sociale

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de nous admettre dans son laboratoire et a toujours fait preuve à notre égard de la plus grande compréhension.

Monsieur le Professeur Agrégé DAMBRIN

Qui a bien voulu faire partie de notre Jury de Thèse, en témoignage de reconnaissance.

Madame le Professeur Agrégé ENJALBERT

Nous rendons hommage à toute la patience avec laquelle elle nous a guidé, et aux conseils éclairés qu'elle nous a toujours prodigués.

Suppléant :

Monsieur le Professeur Agrégé DIEULAFE

En témoignage de reconnaissance.

INTRODUCTION

A côté des perforations pleurales déjà bien connues, qui, par rupture du feuillet viscéral, mettent en communication les bronches avec la cavité pleurale, nous nous proposons de rapporter les observations de trois malades vus par M. le Professeur MOREL, *qui a bien voulu nous confier ce travail.*

La particularité de ces cas réside dans le fait suivant : nous avons pu constater, en effet, sur ces trois malades, des perforations pleurales d'un type très différent, qui intéressent ici le feuillet pariétal de la séreuse et non plus le foyer viscéral. Il se crée ainsi une communication entre la cavité pleurale et les plans sous-cutanés.

Les trois observations que nous décrirons par la suite, viennent s'ajouter à une série de cas similaires, qui, en raison de leur rareté, ont été publiés dans la littérature médicale à des dates très diverses.

Il s'agit là de perforations spontanées, et non de complication d'abcès froid costal d'empyème ou d'accident instrumental.

Bien que cette forme clinique d'évolution de la tuberculose pulmonaire soit extrêmement rare, notre attention a été attirée par les circonstances étiologiques qui ont entouré cette complication, par ses symptômes, et enfin par les problèmes pathogéniques qu'elle pose.

Il nous a paru intéressant de lui consacrer ce travail.

DÉFINITION ET ASPECTS CLINIQUES

Lorsqu'on entend parler de perforations pleurales, on pense immédiatement à la perforation broncho-pleurale classique, c'est-à-dire celle qui est provoquée par la rupture d'un foyer sous-cortical et qui met ainsi en communication les cavités aériennes avec l'espace pleural.

Cette complication majeure, survenant au cours de la tuberculose pulmonaire, traitée ou non par la collapsothérapie, a été déjà amplement décrite et étudiée. Nous nous bornerons donc à rappeler que le plus souvent, ces perforations sont dues à l'extension de la lésion parenchymateuse qui, gagnant de proche en proche, vient léser la plèvre viscérale et provoquer sa rupture. Beaucoup plus rarement, la lésion primitive a son point de départ sur le feuillet viscéral lui-même. L'extension du processus aux alvéoles voisines en provoque la déhiscence.

Les perforations que nous nous proposons de décrire sont d'un type tout à fait particulier en ce sens que ce n'est plus ici le feuillet viscéral de la séreuse, mais son feuillet pariétal qui est intéressé par le processus ulcératif. La cavité pleurale va donc de cette façon, communiquer directement avec les plans sous-cutanés. Ces complications ont été observées chez des malades atteints de tuberculose pulmonaire évoluant depuis déjà de longues années, malades pour la plupart traités par collapsothérapie, mais dont les lésions

étaient peu influencées par des pneumothorax partiels, dont l'efficacité était compromise par la présence d'adhérences multiples du sommet.

Cependant, nous avons pu observer, sur un des malades vu par M. le Professeur MOREL, que cette perforation pariétale était survenue en l'absence de pneumothorax. Dans ce cas, tout à fait spécial, il existait une communication directe entre la caverne pulmonaire et les plans sous-cutanés, à travers la plèvre symphysée.

Ce fait exceptionnel n'avait été décrit qu'une seule fois dans la littérature médicale, comme nous le verrons par la suite, le cas cité par les phtisiologues de Montévidéo étant le seul à se superposer exactement au cas de notre malade.

Les publications antérieures que nous avons pu consulter, jointes à nos trois observations personnelles, nous permettent, en outre, d'insister sur le fait suivant : ces perforations pleurales au cours de la tuberculose pulmonaire, sont survenues spontanément ; il ne s'agit donc ni d'empème, ni d'accident instrumental, ni de propagation à la plèvre d'abcès froid costal.

Les données pathogéniques exposées dans les précédentes publications, comparées aux observations de nos malades, nous permettront, sinon de conclure d'une manière formelle, du moins d'étayer certaines hypothèses à ce sujet.

Ainsi que nous l'avons exposé plus haut, ces perforations de la plèvre pariétale vont se présenter à nous sous deux formes bien différentes du point de vue anatomique, et que nous allons successivement passer en revue.

Dans une première série de cas, et ce sont les cas les plus fréquents, la rupture se produit sur un malade porteur de pneumothorax artifi-

ciel. Dans ces conditions, c'est entre la cavité pleurale et les plans sous-cutanés que se fera la communication.

Notons en passant qu'il peut coexister une perforation du feuillet viscéral, mais que ces conditions d'apparition, son mécanisme et sa pathogénie sont absolument indépendants de celle qui nous intéresse. En un mot, elle ne joue aucun rôle dans l'apparition de celle-là.

Dans la deuxième éventualité, dont nous ne rapportons que deux cas, celui cité dans la publication uruguayenne et celui de l'un de nos malades, il s'agit d'un trajet néo-formé reliant une caverne pulmonaire et les plans sous-cutanés, traversant la plèvre symphysée.

Nous emploierons, pour désigner cette forme, le terme de « Caverne fistulisée » que nous empruntons à Maurice LATULLE, dans un mémoire qu'il publiait en 1927, dans la revue de la tuberculose, et où il situait la question, la classant parmi les complications des cavernes tuberculeuses.

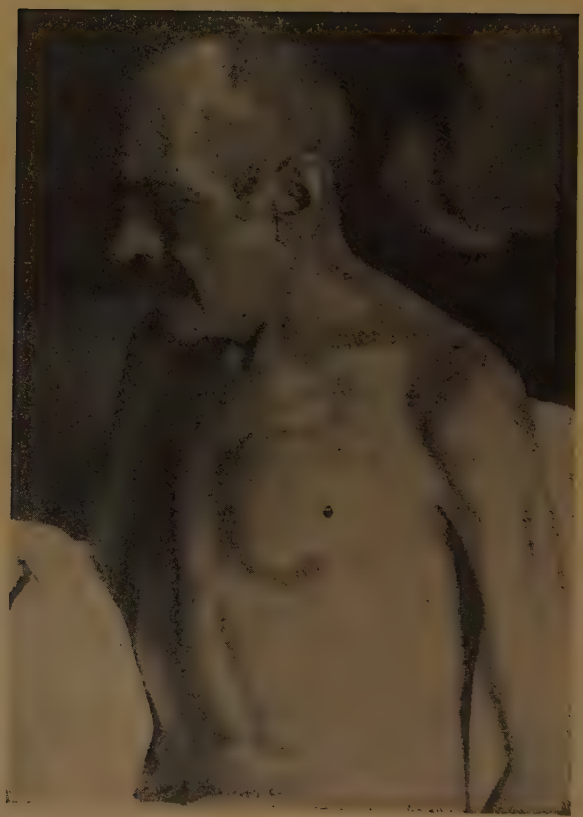
Ces deux faits, anatomiquement différents, présentent cependant des analogies qui, si elles ne nous l'explique pas entièrement, nous permettront tout de même d'en soupçonner la pathogénie.

Ce sont :

1° La situation anatomique de ces perforations qui siègent toujours sur la face antérieure du thorax, au niveau des premiers espaces intercostaux.

D'autre part, dans la majorité des cas, c'est sur l'hémithorax gauche que l'on a pu les observer.

Cette localisation élective montre bien qu'un empyème ne peut être à l'origine de cette compli-



Collection gazeuse sous cutanée provoquée
par une perforation de la plèvre pariétale

cation. En effet, aussi bien dans la station debout que dans le décubitus dorsal, cette région antéro-supérieure du thorax ne peut être en contact avec la collection purulente.

2° Le processus ulcératif s'arrête généralement à la barrière cutanée. Citant en exemple un de nos malades, nous voyons quelle a été la résistance de cette barrière, puisque la tumeur a duré deux ans, jusqu'au décès du malade, sans que la peau ait jamais été intéressée.

Cependant, comme nous le verrons ultérieurement, la peau elle-même peut être traversée aboutissant ainsi à une fistule pleuro-cutanée.

3° Enfin, et ceci peut s'appliquer à tous les cas que nous avons recueillis, on n'a jamais trouvé de lésion du squelette thoracique expliquant une propagation à la plèvre d'un abcès froid, d'origine osseuse.

Quels sont maintenant les symptômes qui nous permettront de constater les perforations de la plèvre pariétale ?

Dans plusieurs cas, le malade accuse une sensibilité particulière au niveau de la perforation, la toux, les efforts et la palpation accentuent encore cette sensibilité.

Peu à peu, apparaît par la suite, au niveau d'un des premiers espaces intercostaux, une petite tuméfaction, le plus souvent douloureuse, se gonflant à l'expiration, et à l'occasion des efforts de toux, et se vidant à l'inspiration. La réduction manuelle est possible et s'accompagne de bruits hydro-aériques. La main qui palpe a nettement la sensation bien particulière d'une poche gazeuse, et non d'un emphysème sous-cutané.

La percussion assez douloureuse, donne un son tympanique.

A l'auscultation, on perçoit des bruits intenses, des piaulements, « un véritable bruit de tintamarre, bruit de pigeonnier », pour employer l'expression d'Etienne BERNARD. Ce phénomène peut d'ailleurs s'entendre à distance, à tel point que les voisins de chambre s'en trouvent parfois incommodés.

L'examen radiologique, enfin, nous montre que la tuméfaction gazeuse se projette sous la forme d'une image plus claire, se détachant sur la clarté du pneumothorax.

Le profil montre, en avant du plan osseux, une clarté uniforme avec ou sans niveau liquide.

RAPPEL
DES OBSERVATIONS ANTÉRIEURES

Pour rendre à notre tour à la ilttérature extra-médicale, le même hommage que lui ont déjà rendu les phtisiologues français et étrangers, nous tenons à citer, en tête de ce chapitre, ce passage tiré de la « Montagne Magique », où Thomas MANN nous donne une description plutôt littéraire que médicale, mais combien frappante, d'une de ses formes cliniques. Il nous parle, en effet, de cette malade de sanatorium « qui siffle à l'intérieur d'elle-même, sifflement étrangement désagréable, faisant penser à la musique de ces vessies que l'on trouve aux foires, lesquelles se vident et se recroquevillent en gémissant ».

Publiant, en 1935, un cas semble aux nôtres, KUDELSKI signalait que, jusqu'alors, aucun cas de ce genre n'avait été rapporté dans la littérature médicale, du moins, et il ajoutait que l'on était peut-être en droit de reconnaître à Thomas MANN la paternité de cette forme clinique.

Quittant le domaine de la littérature pour pénétrer dans un domaine plus aride, mais plus précis, plus scientifique et, de ce fait, plus instructif, nous citerons, pour commencer, les observations que nous devons à ceux à qui il a été donné de constater chez leurs malades, ces formes exceptionnelles. Résumons tout d'abord les observations d'Etienne BERNARD et de KUDELSKI.

Observation I

Voici le cas d'un homme de 32 ans, exerçant un métier sédentaire. Une hémoptysie vient révéler chez lui une tuberculose pulmonaire. L'absence apparente d'évolution lui permet de mener une vie normale, sans interrompre son travail.

Au bout de cinq ans, il est hospitalisé pour une poussée évolutive manifestée par un syndrome clinique banal.

La radiographie montre une cavité sous-claviculaire gauche. On crée un pneumothorax qui se révèle insuffisant, en raison d'adhérences qui limitent le décollement au niveau du sommet. Une sectoin de bride ne parvient à compléter le pneumothorax que dans une faible mesure.

Au cours des deux années qui suivent, le malade se maintient dans un état satisfaisant, bien que les images radiologiques anormales apparaissent à droite.

C'est alors qu'apparaît, trois ans après, la création du pneumothorax, une sorte de poche kystique qui se développe peu à peu dans la région latéro-sternale. Ce kyste a augmenté progressivement du volume d'une prune à celui d'une orange. Il subit l'expension à la toux et à l'expiration, et un retrait à l'inspiration.

La réduction manuelle est possible et douloureuse. Cette manœuvre fait entendre un bruit de fistule perçu à distance.

L'auscultation, qui révèle des bruits intenses est pénible pour l'oreille.

A la radiographie, on constate la présence d'une caverne du sommet gauche, insuffisamment collabée, ainsi qu'un épanchement que la ponction révèle purulent.

On peut observer, en outre, se détachant sur la clarté du pneumothorax, une image arrondie plus claire encore, répondant à la tuméfaction para-sternale, et traduisant la présence d'une couche d'air qui se superpose à la première.

Par la suite, les bruits intenses sont remplacés par une sibillance plus discrète, comme si le pertuis était devenu beaucoup moins étroit.

Observation II

Le deuxième malade d'Etienne Bernard a 31 ans. On lui crée un pneumothorax gauche pour une spélonque du sommet.

Comme pour le premier malade, le collapsus est incomplet, en raison d'adhérences apicales.

Dix-huit mois après, il se produit une perforation de la plèvre viscérale, confirmée par l'apparition d'un épanchement purulent, la manométrie pleurale et l'épreuve du bleu de méthylène positive.

Quelques mois plus tard, on constate une tuméfaction douloureuse, siégeant au niveau du deuxième espace intercostal gauche, à deux travers de doigts du sternum. Ses caractères sont sensiblement les mêmes que ceux décrits dans l'observation précédente.

La pleuroscopie montre qu'il existe une perforation pleuro-pulmonaire large d'une part, et, d'autre part, sur la paroi antérieure, une zone grande comme une pièce de vingt francs, dans laquelle la plèvre paraît avoir été creusée par un processus ulcératif.

La pression des doigts sur la tuméfaction gazeuse fait constater l'extrême minceur de sa paroi. Au bout de quelques semaines, les symptômes se modifient un peu. La tuméfaction dispa-

rait, laissant place à une sorte d'affaiblissement de la paroi, comparable à une éventration au niveau de l'abdomen. Cette paroi se déprime et se soulève à l'occasion des mouvements de la respiration.

Cette éventration traduirait la grosse perte de substance dans la plèvre pariétale constatée à l'examen pleuroscopique.

Observation III

Kudelski nous présente un malade de 32 ans, présentant une tuberculose ulcéro-caséeuse excavée du lobe supérieur gauche.

Un pneumothorax thérapeutique n'aboutit qu'à la formation d'une très petite poche dans laquelle (nous sommes en 1930) on injecte de l'huile à plusieurs reprises sans obtenir de résultats. Le malade subit une phrénicectomie en 1931.

En 1932, le malade présente pendant plusieurs jours une expectoration de crachats huileux traduisant une perforation pleuro-pulmonaire. C'est alors qu'en 1934, il perçoit dans sa poitrine un sifflement accentué par le décubitus en même temps qu'apparait dans la région mammaire gauche une petit surélévation de la peau qui, progressivement, se prolonge dans la région parasternale pour atteindre le volume d'une mandarine. L'affaissement de cette voussure à l'expiration produit un sifflement de tonalité grave, tandis que l'auscultation fait percevoir un ronflement désagréable.

La radiographie de profil montre, en avant du plan costal, une grande poche distendue, claire, avec un niveau liquide visible.

Devant ce tableau clinique, Kudelski admet l'existence d'une double perforation broncho-

pleurale classique d'une part, pleuro-pariétale d'autre part.

Observation IV

MM. Vidal, Fourcade et Andreani, nous rapportent le cas d'une malade de 32 ans, déjà porteuse de rétrécissement métral avec hypertension artérielle, reconnue atteinte, en 1936, d'une tuberculose pulmonaire à forme hémoptoïque.

Pendant trois ans, on entretient un pneumothorax artificiel qui, d'emblée, s'était montré efficace, puis il est volontairement abandonné.

Une nouvelle poussée évolutive se manifeste peu après l'abandon du pneumothorax, jalonnée par des hémoptysies répétées.

Une phrénicectomie droite faite dans le but de prolonger l'effet du pneumothorax, se révèle inefficace. Il persistait une poche pleurale résiduelle de capacité réduite, mais les tentatives de réinsufflation étaient demeurées vaines.

Peu de temps après, apparaît au niveau des points de ponction, c'est-à-dire à la partie antérieure du troisième espace intercostal droit une nodosité mobile, dure et superficielle, qui disparaît bientôt sans laisser de traces.

Six mois plus tard, à la même place, se constitue rapidement une tuméfaction gazeuse, du volume d'une noix, subissant un gonflement à l'expiration et à la toux. La réduction manuelle s'accompagne de bruits hydro-aériques. L'auscultation fait percevoir les mêmes bruits accompagnés de sifflements.

Ici encore, l'image radiologique montre une image aérique claire, se projetant sur la poche pleurale résiduelle.

L'autopsie permettra de constater par la suite :

1° Une perforation pleuro-pulmonaire qui fait communiquer la poche pleurale avec une grosse caverne pulmonaire.

2° Une double perforation pleuro-pariétale dans le troisième espace inter-costal droit. Ces deux trajets fistuleux aboutissaient à une géode creusée dans cet espace.

L'xamen histologique montrait, de façon formelle, qu'il s'agissait d'un abcès tuberculeux typique. On retrouvait des follicules de Kôster jusque dans les muscles de la paroi.

Observation V

Voici un cas beaucoup plus récent que nous devons à MM. Vidal, Fourcade et Marchal, qui l'ont publié en 1942.

Mme D..., âgée de 21 ans, est porteuse d'un pneumothorax artificiel droit depuis deux ans. On décide de substituer à ce pneumothorax reconnu inefficace, une thoracoplastie. Un mois après l'abandon, alors qu'il ne subsistait plus qu'une petite bulle axillaire, se produit une perforation pleuro-pulmonaire, entraînant un pyothorax tuberculeux et surinfecté. Cet épanchement s'évacue partiellement par des vomiques plus ou moins importants.

Au bout de cinq mois, la malade signale elle-même qu'elle a de « l'emphysème sous-cutané ».

L'examen montre alors dans la partie antérieure du troisième espace inter-costal droit, une très légère tuméfaction dont la pression donnait la sensation très particulière d'une collection gazeuse.

Les jours suivants, la tuméfaction augmente de volume, sa réductibilité demeure parfaite, cependant que cette manœuvre produit un bruit comparable à un borborygme. Par la suite, cette tumeur atteint le volume d'une mandarine, mais reste flasque et déprimée ; seuls, les efforts de toux déterminent son expansion. Ce gonflement à la toux s'accompagne d'un sifflement caractéristique perçu à distance.

Cette poche semble devoir rester sous-cutanée, la peau à ce niveau ne présentant aucune altération susceptible d'amener une fistulisation.

L'examen radiologique de profil montre en avant des côtes, une poche claire sans niveau liquide.

Les choses en restent là pendant quatre mois lorsqu'un abcès froid axillaire apparu au niveau des points de ponction du pneumothorax ne tarde pas à s'ouvrir à la peau, créant ainsi une fistule pleuro-cutanée, et assurant un drainage du pyothorax comme le confirment l'abondance de l'écoulement purulent et la diminution importante de l'expectoration.

Observation VI

Bien que cette observation soit antérieure à celles que nous venons de citer, nous la plaçons à la fin de cette série car elle présente de grandes analogies avec la première de nos observations personnelles qui lui fait immédiatement suite. Ce cas pourrait même se superposer au cas de notre malade, tant par les faits cliniques que par les circonstances d'apparition et les clichés radiologiques qui y sont joints.

Cette communication, publiée par MM. Piaggio Blanco et F. Garcia Capurro, en 1935, a pour

titre : « Evolution extra-costale d'une caverne ».

Il s'agit d'un homme de 73 ans qui est hospitalisé pour un syndrome clinique caractérisé par une toux opiniâtre et une expectoration bacillifère, remontant à plus d'un an. Ce malade a constaté d'ailleurs lui-même qu'à l'occasion de la toux, il se formait au niveau du premier espace intercostal gauche et en avant, une petite tumeur qui a augmenté progressivement jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de poule.

Les caractères de cette tumeur sont les mêmes que ceux décrits dans les observations précédentes : sensibilité, réductibilité, gargouillements, etc... ; à ce niveau, les battements du cœur sont transmis à l'oreille qui ausculte, avec plus de vibrance, comme si cette cavité jouait le rôle de caisse de résonnance.

On constate en outre sur ce malade, la présence d'adénopathies cervicales et sous-claviculaires.

L'examen radiologique montre que les deux poumons sont le siège de lésions fibro-caséeuses. Le sommet gauche est complètement évidé.

La vérification à l'autopsie montre en effet une énorme caverne occupant tout le sommet du poumon gauche, dont les parois sont adhérentes au plan costal. Cette caverne communique avec une géode de limites imprécises creusée à l'intérieur des muscles et dont les paroies ont l'aspect de membranes tuberculogènes.

Aucune lésion osseuse n'est relevée sur le squelette thoracique.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Observation I

M. P..., en traitement à l'hôpital psychiatrique Marchand, est admis dans le service de M. le Professeur Morel pour tuberculose ulcéro-caséeuse révélée par un syndrome fébrile et une bacilloscopie positive. La percution du thorax donne une sonorité normale à droite ; par contre, à gauche, elle décèle un tympanisme marqué dans le tiers supérieur avec disparition des vibrations vocales.

A l'auscultation, on entend un souffle amphorique au niveau du sommet gauche et des râles bulleux aux deux bases.

En faisant tousser le malade, on est surpris quand on l'ausculte dans la région sous-claviculaire gauche, de sentir comme un soulèvement de l'oreille à chaque effort de toux. L'inspection montre alors, dans cette région, une voussure hémisphérique qui apparaît au moment de la toux ; elle s'étend en hauteur du premier espace intercostal au quatrième et en largeur du bord gauche du sternum à cinq centimètres du mamelon. Cette voussure s'affaisse immédiatement après la toux.

La palpation de cette région est douloureuse et n'en permet pas l'exploration.

P..., en raison de son état mental, ne peut nous fournir aucun renseignement. Sa famille nous apprendra ultérieurement qu'elle l'avait remarqué depuis deux ans environ.

A la radiographie, on note : à gauche, dans la moitié supérieure du poumon, une hyper-clarté s'étendant de l'apex au bord supérieur de l'arc postérieur de la sixième côte ; elle est bordée en dehors par les côtes, tandis que les bords interne et inférieur sont flous et mal limités. Au sein de cette hyperclarté, on distingue des tractus assez fins, qui la sillonnent en sens divers. Des tomographies montrent un évidement de tout le sommet, répondant à l'hyperclarté constatée sur le film standard. De profil, la radiographie montre une bulle claire, en avant du plan costal, dont la paroi semble uniquement constituée par la peu.

P... succombe quelques semaines après son admission dans le service.

A l'autopsie, on constate en effet, que la paroi antérieure de la tumeur thoracique est constituée seulement par la peau. Une perforation, située presque au contact du sternum dans le deuxième espace intercostal, fait communiquer cette poche avec le poumon. Cette perforation mesure cinq centimètres de large et deux centimètres de haut. La face antérieure du poumon est entièrement adhérente au gril costal et le sommet est le siège d'une énorme cavité qui communique par cette perforation, avec la poche gazeuse sous-cutanée.

Observation II

Voici une jeune femme de 20 ans, présentant une grossesse de trois mois, hospitalisée dans le service en janvier 1947 pour une tuberculose ulcéro-caséeuse du sommet droit.

La radiographie montre une grosse géode dans la région para-hilaire droite. Un pneumothorax droit est créé, mais en raison de multiples adhérences, le collapsus est incomplet et la caver-

ne reste béante. Quelques jours après, on tente une section de brides, mais en raison de l'état de la malade qui, dès le début, se trouvait très dyspnéique, l'intervention doit être interrompue. Elle n'a permis que la section d'une bride de un centimètre cinq de largeur, tendue de la paroi de la caverne au sommet du creux axillaire. La brièveté de l'intervention n'a pas laissé le temps d'attaquer les adhérences du sommet.

Le contrôle radioscopique montre cependant une grande amélioration du collapsus.

Au mois de novembre, se constitue un épanchement pleural au cours d'une brusque poussée de température. La ponction pleurale ramène un liquide purulent contenant des polynucléaires, des cocci et des bacilles de Kch en très grand nombre. Un traitement à la pénicilline est institué et fait régresser les signes généraux d'infection secondaire.

C'est alors que peu de temps après, apparaît dans le quadrant supéro-externe du sein droit, une petite tumeur de la grosseur d'une noix ; la peau est surélevée mais absolument normale. La palpation est indolore et la réduction se fait aisément, accompagnée de bruits hydro-aériques. Le départ de la malade ne nous a pas permis d'en suivre l'évolution.

Observation III

Voici la plus récente de nos observations, puisque la malade dont nous rapportons le cas était encore dans le service de phtisiologie au début de cette année 1951.

Il s'agit d'une malade de 34 ans qui a dû interrompre son travail en 1942 pour une hémoptysie. Elle est hospitalisée un an plus tard au sanato-

rium de Purpan où l'on constate des lésions ulcéro-caséeuses bi-latérales, nécessitant la création d'un double pneumothorax que l'on doit compléter, à gauche, par une section de brides.

La malade quitte le sanatorium, elle rentre chez elle et se fait insuffler régulièrement. Pendant les deux années qui suivent, la collapsothérapie se révèle efficace et l'état de la malade reste satisfaisant, si bien qu'au bout de ces deux ans, l'amélioration des lésions pulmonaires autorise à abandonner les deux pneumothorax.

Une an plus tard, une nouvelle poussée évolutive à gauche entraîne son admission dans le service de M. le Professeur Dambrin.

Un pneumothorax extra-pleural est créé à gauche, suivi, peu de temps après, de la même intervention à droite. Tous deux se révèlent efficaces par la suite.

C'est en avril 1950 que la malade entre dans le service de phtisiologie pour un état dyspnéique progressif avec atteinte marquée de l'état général. Elle accuse une douleur thoracique au niveau du quatrième espace intercostal et dans la région para-sternale gauche. La palpation de cette zone donne nettement la sensation d'une poche gazeuse sous-cutanée qui subit à l'inspiration et à l'expiration des mouvements alternatifs de dépression et d'expansion. L'auscultation fait entendre un souffle amphorique et des bruits hydro-aériques. On retire par ponction un liquide verdâtre, épais, d'odeur nauséabonde, contenant de nombreux bacilles de Koch.

La malade reçoit alors un traitement de streptomycine et P. A. S. par voies générale et locale. Ce traitement ne semble pas avoir eu une grande influence sur l'évolution des lésions.

Trois mois plus tard, la tuméfaction gazeuse s'ouvre à la peau et un liquide purulent s'écoule par plusieurs orifices de fistules. En février 1950, la malade est transférée au service de chirurgie pulmonaire de M. le Professeur DAMBRIN, où elle subit une pleurotomie large avec résection de deux côtes, destinée à assurer un draînage de la vaste cavité extra-pleurale, de manière déclive. On place ensuite quotidiennement des mêches à la pénicilline et à la streptomycine.

La malade ne tarde pas, cependant, à succomber à la gravité et à l'étendue de ses lésions.

CONSIDERATIONS PATHOGENIQUES

Essayons de tirer maintenant de la lecture de ces observations, des considérations d'ordre pathogénique qui. si elles ne nous amènent pas à une conclusion formelle, nous permettront du moins de soutenir les hypothèses déjà émises à ce sujet.

Nous avons limité comme il se doit le cadre des perforations de la plèvre pariétale aux perforations spontanées venant compliquer l'évolution d'une tuberculose ulcéro-caséeuse.

C'est pourquoi nous avons laissé de côté les cas rapportés par HERON en 1881, par LANCERON et D'HOUR en 1936, qui peuvent être considérés comme des empyèmes en raison de leur siège bas situé, et de leur allure d'abcès réchauffé, leur apparition suivant de quelques jours l'infection pleurale.

Quels sont les faits précis que nous apporte l'étude des observations précédemment citées ?

1° Nous nous apercevons tout de suite qu'il s'agit de malades atteints de tuberculose ulcéro-caséeuse, évoluant depuis de longues années, de vieux suppurants pulmonaires, pour la plupart porteurs de pneumothorax inefficace, accompagné d'épanchement pleural abondant.

Dans une autre éventualité beaucoup plus rare, puisque nous n'en connaissons que deux cas, la perforation s'est produite en l'absence de pneumothorax à travers la plèvre symphysée.

Le problème, d'ores et déjà, se présente donc sous deux formes qui, si elles peuvent avoir une pathogénie voisine, relèvent néanmoins d'un mécanisme différent.

2° Nous sommes frappés ensuite par le fait remarquable que ces perforations se sont toujours produites en un point élevé du thorax et toujours sur la face antérieure. C'est sur cette particularité qu'insiste M. Etienne BERNARD dans une communication qu'il publiait en 1935. Nous ne pouvons faire mieux que de citer ce passage tiré de son texte :

« Il ne s'agit point, comme dans l'empyème, d'une fusée purulente qui, au point déclive, gagne de proche en proche jusqu'aux tissus superficiels où elle se fistulise, mais d'une perforation de la plèvre pariétale qui se fait à un point élevé. »

MM. MAUR et ROLLAND, *la* même année, attiraient l'attention sur « l'absence de rapport entre ces lésions et une retension purulente pleurale ». En effet, sur les malades dont ils rapportent les observations, ils avaient une pleurotomie basse assurant un drainage satisfaisant.

3° Enfin, sur aucun de ces malades, on n'a jamais constaté de lésion osseuse tuberculeuse, pouvant expliquer l'extension à la plèvre d'un abcès froid sternal ou costal. Pour ne pas laisser passer une lésion qui aurait été peu visible sur les côtes, dans le cas d'un de nos malades, c'est non seulement le squelette thoracique qui a fait l'objet d'un examen approfondi, mais encore, pour plus de sûreté, le squlette tout entier a été passé en revue.

La pathogénie de ces accidents parait établie à l'heure actuelle.

Nous allons l'étudier sucessivement sur les

deux formes cliniques et anatomo-pathologiques que revêt cette perforation pleuro-pariétale.

I. — *Perforation venant compliquer un pneumothorax :*

La majorité des auteurs pense qu'il ne s'agit pas d'ensemencement au niveau d'un point de piqûre du pneumothorax. Il ne s'agit pas non plus d'empyème de nécessité, la perforation se produisant constamment à l'opposé des points déclives. Les malades observées étaient d'ailleurs loin d'être tous porteurs d'épanchement purulent.

Pour Etienne Bernard, il se formerait une adénite tuberculeuse qui, au cours de son évolution, s'étendrait vers les régions de moindre résistance, c'est-à-dire vers la plèvre où elle finirait par se fistuliser, se vidant dans la cavité du pneumothorax.

A l'occasion d'un effort de tous, la brusque pression de l'air intrapleural irait gonfler la poche superficielle de l'abcès vidé de son contenu.

La plupart des auteurs qui ont étudié cette question pensent, comme Etienne Bernard, qu'il s'agit d'un mécanisme analogue à celui d'un abcès froid, comme en témoignent les adénopathies axillaires et sous-claviculaires que l'on à pu constater sur quelques-uns de ces malades.

Maur et Rolland concluent que ces accidents sont dus à un essaimage lymphatique et non à une simple migration du pus pleural.

Cette hypothèse se trouve confirmée par la localisation si particulière de la perforation, que l'on retrouve toujours à la partie antérieure de l'un des premiers espaces intercostaux.

En effet, les travaux de Fredet et Kauffman nous montrent que le siège habituel de cette lésion

résulte de la disposition des lymphatiques pariétaux, qui présentent des relais ganglionnaires importants, tout le long de l'artère mammaire interne.

M. VIDAL expliquerait la localisation haute par la mobilité relative de cette région. La paroi dorsale se trouve fixée par la pression exercée par le malade en décubitus horizontal, tandis que la partie inférieure de la cavité du pneumothorax est le siège d'une pachypleurite importante habituelle dans le pyothorax.

Les efforts de toux font jouer au maximum les muscles respiratoires accessoires par suite de la carence du piston diaphragmatique. La partie inférieure du plastron costal serait ainsi le siège de traumatismes répétées qui favoriseraient la rupture de l'adénite abcédée dans la cavité pleurale.

Rappelons au passage à titre de comparaison, un cas de perforation de la plèvre pariétale au cours d'une mycose pulmonaire. Là encore, les auteurs invoquent le même mécanisme et s'appuient sur la disposition des lymphatiques pariétaux pour expliquer le siège de la perforation.

II. — *Perforations en plèvre symphysée :*

Dans le cas, la cavité pleurale n'existe plus et la caverne est mise directement en communication avec les plans sous-cutanés. Il serait plus logique d'envisager ici un processus caséogène direct, le processus ulcératif gagnant de proche en proche vers la plèvre qu'il traverse, puis vers la paroi.

C'est ce mécanisme qu'invoquent les auteurs de la publication uruguayenne, puisqu'ils l'intitule « Evolution extra-costale d'une caverne ».

Cependant, nous ne devons pas rejeter absolument la possibilité du point de départ lymphatique, le siège de la perforation, la présence d'adénopathies superficielles pouvant faire supposer des adénopathies profondes, permettent de penser à un mécanisme analogue à celui des perforations envisagées dans le premier cas.

L'extrême rareté des cas observés ne nous permet évidemment pas de tirer une conclusion définitive.

PRONOSTIC

L'apparition de cette complication ne constitue pas, à proprement parler, un facteur d'aggravation. Elle ne met pas directement en danger les jours du malade par sa seule présence, mais elle survient chez des sujets si gravements atteints, que l'évolution de leurs lésions vient inexorablement y mettre un terme.

Des conséquences thérapeutiques, il ne nous est pas possible d'en formuler. Tout au plus, pourrions-nous envisager, devant la perforation déjà constituée, des injections sclérosantes autour de la fistule.

Dans le cas de pleurésie purulente, c'est à la pleurotomie basse qu'il faudra recourir.

En revanche, on devra s'attacher à prévenir de telles complications, et savoir abandonner sans hésiter un pneumothorax qui, malgré l'intervention endo-pleurale, se révélera inefficace.

CONCLUSION

Les perforations de la plèvre pariétale, contrairement aux perforations broncho-pleurales classiques, s'observent rarement dans la tuberculose pulmonaire. Leur symptomatologie est caractérisée par l'apparition d'une tuméfaction, douloureuse en général, réductible à la pression manuelle, et s'accompagnant de bruits hydro-aériques parfois perceptibles à distance. Elle subit une expansion à la toux et à l'expiration, et une dépression à l'inspiration.

Le siège de ces perforations est remarquablement constant, et se situe à la partie antérieure de l'un des premiers espaces intercostaux.

La pathogénie de cette complication paraît élucidée à l'heure actuelle. Elle serait due à une adénite tuberculeuse pariétale venant se vider dans la cavité pleurale. Secondairement, et à l'occasion d'un effort de toux, l'air du pneumothorax vient gonfler la poche de l'abcès.

La présence, tout le long de l'artère mammaire interne, de nombreux relais ganglionnaires expliquerait sa localisation si particulière.

Cette complication, bien qu'elle ne précipite pas par sa seule présence la fin du malade, doit être considérée comme un signe de l'extrême gravité de l'état du sujet qui en est porteur ; son apparition permet d'envisager un pronostic fatal à brève échéance.

Cette complication, comme toutes les compli-

cations de la tuberculose pulmonaire, pose encore ici le grand problème du traitement de cette maladie. Nous sommes cependant en droit d'espérer devant les progrès de la thérapeutique moderne, que nous le verrons un jour résolu et qu'ainsi il nous sera donné de ne plus assister à de tels accidents.

Vu, Le Président de thèse,

L. MOREL

Vu, p. le Doyen, l'Assesseur,

BRUSTIER.

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 30 juin 1951

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Latulle. — La tuberculose pleuro-pulmonaire. *Revue de la tuberculose* 1927.
2. E. Bernard. — Une forme clinique particulière des perforations pleurales. La perforation spontanée de la plèvre pariétale. *Pratique Médicale Française* (avril 1935).
3. C. Kudelski. — Fistules pleurales sifflantes. Société d'Etudes Scientifiques sur la Tuberculose. *Revue de la Tuberculose* (janvier 1935).
4. Vidal, Fourcade et Andreani. — Un cas de perforation de la plèvre pariétale. *Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen* (janvier 1942).
5. Vidal, Fourcade et Marchal. — Perforation spontanée de la plèvre pariétale compliquant une perforation pleuro-pulmonaire survenue au cours de la résorbtion d'un pneumo-thorax abandonné. *Société des Sciences Médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen* (juin 1947).
6. R.-A. Piaggio-Blanco. — *Revista de Tuberculosis del Urufuay* (tome 5, 1935).
7. Fredet. — L'origine des abcès froids de la paroi thoracique. *Bulletin Acad. Méd.*, n° 39 (1932).
8. Kauffmann. — Pathogénie des abcès froids thoraciques (*thèse Paris*, 1931, n° 549).

IMPRIMERIE DU COMMERCE
10, rue Croix-Baragnon, 10
TOULOUSE